

# Dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 alla legge 8 marzo 2017, n. 24

## Alcune considerazioni in punto responsabilità medica

Nicola Enrichens\*

La responsabilità medica rappresenta un tema caratterizzato, da sempre, da innumerevoli dibattiti ed interventi a livello di dottrina, legge e giurisprudenza; in questi tempi, i contenziosi per responsabilità medica sono in aumento, le strutture sanitarie dispongono di risorse sempre più limitate per coprire i costi assicurativi, i medici si sentono meno tutelati e i pazienti manifestano insofferenza.

A livello di Unione Europea, fermo restando quanto previsto dall'articolo 35 della Carta europea dei diritti fondamentali<sup>1</sup>, le principali questioni che sono oggi all'ordine del giorno attengono alla spesa sanitaria dei singoli stati membri, allo stato di salute della popolazione (aspettative di vita, mortalità, malattie) ed ai bisogni non soddisfatti (stato di salute percepito da cittadini di diverse classi di reddito)<sup>2</sup>.

Pertanto, un tema di rilievo, recentemente sviluppatosi, è quello della libera circolazione dei pazienti che richiedono assistenza sanitaria transfrontaliera<sup>3</sup>; come è stato sostenuto, tale mobilità assume dimensioni sempre più rilevanti e necessita di regole precise, che favoriscano la possibilità di usufruire delle cure in uno Stato membro diverso da quello del proprio sistema previdenziale di affiliazione<sup>4</sup>.

Tendenzialmente, nell'area UE si possono individuare, oggi, due sistemi di gestione sanitaria. In

particolare, si può parlare di sistemi decentrati, in cui le responsabilità di regolamentazione, funzionamento e cofinanziamento sono delegate alle amministrazioni regionali (Italia, Germania, Spagna) e di sistemi centralizzati, in cui la maggior parte delle competenze, esecutive e di finanziamento, è attribuita al governo centrale (Estonia, Grecia, Irlanda).

In considerazione di questa ultima ricostruzione le maggiori criticità, negli ultimi dieci anni, sono emerse a livello statale e regionale, nella gestione dei sistemi sanitari pubblici nazionali.

D'altra parte, la tutela della salute è legata allo sviluppo socio-economico ed alle condizioni di vita delle popolazioni e, dunque, risente della loro evoluzione storica, sociale e politica e delle caratteristiche istituzionali di ciascuno Stato<sup>5</sup>.

Di seguito si cercherà, pertanto, di offrire una ricostruzione di alcune ragioni che hanno portato il legislatore italiano ad un nuovo intervento in punto responsabilità medica.

Da poco, il legislatore italiano ha approvato la legge sulla sicurezza delle cure<sup>6</sup>: si tratta di una risposta del Parlamento ad una serie di questioni che, negli ultimi venticinque anni, hanno prodotto incertezza nei rapporti giuridici tra pazienti, medici, strutture sanitarie e compagnie assicuratrici.

Prima di esporre le principali novità del provvedimento, anche sul versante della responsabilità civile sanitaria<sup>7</sup>, occorre fornire una presentazione

(1) "Ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione di tutte le politiche ed attività dell'unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana".

(2) Studio OASI 2016: l'OASI è un osservatorio sul funzionamento delle aziende sanitarie italiane.

(3) Direttiva n. 2011/24/UE.

(4) M. INGLESE, *Le prestazioni sanitarie transfrontaliere e la tutela della salute*, in *Diritto comunitario e degli scambi internazionali*, 2012, 108.

(5) M.C. CLAUDI, *Il diritto alla salute nello scenario europeo e federalistico*, in *Ragiusan*, 6, 2003, p. 16.

(6) Si tratta della l. 8 marzo 2017, n. 124.

(7) La responsabilità civile sanitaria è una componente della responsabilità medica che si occupa di studiare le questioni attinenti al titolo di responsabilità dell'esercente una professione sanitaria o della struttura sanitaria, anche alla luce di dolo, colpa e nesso di causa, e le questioni che sono sorte nell'ambito della prassi medica, comunque rilevanti dal punto di vista del diritto (medicina difensiva, rischio clinico, eventi sentinella, linee guida).

(\*) Dottorando di ricerca in Diritto, persona e mercato nell'Università di Torino

delle ragioni che hanno portato il legislatore a proporre un nuovo provvedimento, a distanza di cinque anni dalla legge n. 189/2012, nota come legge Balduzzi.

Dunque, è opportuno ricordare che la legge Balduzzi aveva considerato il tema della responsabilità dell'esercente una professione sanitaria soltanto in una norma, l'articolo 3. In questa disposizione, però, è stato possibile individuare un riferimento alla responsabilità extracontrattuale del medico, rappresentato dall'articolo 2043 c.c. In merito a questa norma, la giurisprudenza ha offerto due orientamenti: l'uno, minoritario ed esclusivamente di merito, ha sostenuto che il medico risponde in via extracontrattuale per i danni cagionati al paziente; l'altro, maggioritario, ha sostenuto che, nonostante la novella, la responsabilità del medico ha natura contrattuale.

Mosse tali preliminari argomentazioni, si segnala, ad esempio, che nella giurisprudenza di merito dei Tribunali di Torino e di Milano, l'art. 3 della l. n. 189/2012 non è passato inosservato nelle sentenze: i casi in cui l'art. 3 è stato effettivamente applicato nelle motivazioni delle sentenze rese dai Tribunali di Torino e di Milano sono stati, però, limitati<sup>8</sup> e la giurisprudenza maggioritaria ha continuato a seguire l'orientamento, oggi<sup>9</sup> prevalente della Corte di Cassazione<sup>10</sup>, che individua nella responsabilità del medico un titolo contrattuale fondato sul contatto sociale. Inoltre, da più parti si è registrato un aumento del contenzioso in punto responsabilità medica, sia sul versante civile, sia sul versante penale.

Ciononostante, tra le ragioni che hanno portato il legislatore ad un nuovo intervento sulla responsabilità medica a distanza di pochi anni dal decreto Balduzzi, la mera registrazione di un aumento del contenzioso non è ragione sufficiente<sup>11</sup>: un conte-

sto più efficiente e più rispettoso del bisogno di cura del paziente deve essere alimentata, prima di tutto, dalla fiducia e dal rispetto tra gli operatori del mondo sanitario ed il cittadino che decide di ricevere le cure in una struttura sanitaria pubblica. In altre parole, l'aumento del contenzioso costituisce solo una delle molteplici ragioni che hanno portato il legislatore ad esprimere un nuovo provvedimento sul tema della responsabilità medica, poiché il sistema sanitario nazionale, seppure tra i migliori al mondo, continua a contenere alcune questioni irrisolte, riassumibili nelle seguenti cause.

In primo luogo, potrebbero giocare cause sociali: la diminuzione del reddito *pro capite* e l'aumento generalizzato della povertà hanno prodotto meccanismi di rivalsa generati dall'insofferenza nei confronti delle istituzioni. In secondo luogo vengono in considerazione cause di sistema: l'aumento delle prestazioni sanitarie erogate, negli ultimi anni, dalle strutture sanitarie pubbliche ha inciso negativamente sul tempo di visita del paziente da parte del medico. Seguendo questa logica, meno tempo a disposizione per visitare un malato può portare il medico a commettere più errori, così determinando un maggior contenzioso. Inoltre, il sovraffollamento del pronto soccorso che, indubbiamente, è una nota dolente nel corso degli ultimi quindici anni, impedisce tutt'oggi ad un medico di utilizzare tempo significativo per il dialogo con i pazienti e con i suoi familiari. Le informazioni frammentarie e "date di corsa" dal medico al paziente o ai suoi familiari incidono sicuramente sullo stato d'animo del paziente o dei familiari medesimi che si rivolgono al medico per conoscere della salute del proprio caro e producono un aumento della litigiosità, favorito da campagne pubblicitarie che, talvolta, fanno leva sull'insofferenza e sulla precarietà delle informazioni fondano le proprie richieste risarcitorie.

Ovviamente, l'aumento della vita media ha determinato un aumento dei ricoveri dei pazienti anziani e dei pazienti cronici, portatori di patologie sempre più complesse e meno facilmente curabili: è più probabile che sorgano complicanze se si visita un paziente anziano o cronico, con pregresse situa-

(8) In particolare, il primo comma dell'art. 3 ha costituito *ratio decidendi* in cinque casi piemontesi per il periodo di riferimento 2013-2015.

(9) Guardando all'evoluzione giurisprudenziale in tema di responsabilità civile sanitaria dal 1978 ad oggi, registriamo rarissimi casi in cui la Corte di Cassazione ha riconosciuto la responsabilità extracontrattuale del medico: ad es., Cass., sez. III, n. 1716, 1979; Cass., sez. III, n. 2428, 1990; Cass., sez. III, n. 2750, 1998.

(10) *Ex multis*, Cass. civ., ord. n. 8940/2014.

(11) Una prima ragione, però, potrebbe essere individuata nella durata dei procedimenti per responsabilità medica: ad esempio,

in Piemonte ed in Lombardia, la durata media delle cause civili di responsabilità medica, in primo grado, ha una durata media di tre anni

zioni patologiche legate agli aspetti clinici e all'evoluzione delle patologie<sup>12</sup>. L'aumento della litigiosità potrebbe anche quindi essere dovuto alla diversa tipologia di pazienti che il sistema sanitario deve trattare.

Non devono poi essere sottovalutate le cause organizzative interne: accade sovente che tra i medici che operano all'interno della struttura sanitaria si sviluppi poco dialogo e poca condivisione delle informazioni relative alla condizione clinica del paziente che viene visitato o ricoverato più volte.

In merito a queste cause, occorre spendere qualche parola sulla recente telematicizzazione dei sistemi sanitari: secondo alcuni medici intervistati, la telematicizzazione ha, in certo senso, spersonalizzato il rapporto medico paziente, un tempo fondato in prevalenza sul dialogo orale e sulle "prescrizioni terapeutiche su foglio". Ora, l'introduzione delle liste d'attesa, dei rapporti telematici e dei *call-center* ha portato ad opinioni contrastanti circa l'efficienza di questi nuovi strumenti comunicativi. Secondo alcuni medici del Servizio Sanitario Nazionale, questo garantisce sicuramente risposte più efficienti da parte delle strutture sanitarie nei confronti dei pazienti, ma permette a molti pazienti di frequentare gli ospedali senza un adeguato filtro di cui si avverrebbe il "fattore umano".

Da ultimo, si rileva l'insufficienza pratica delle procedure di mediazione *ex d.lgs. 28/2010*<sup>13</sup>.

Anche per questa ragione, la nuova legge sulla sicurezza delle cure ha introdotto, all'articolo 8, l'obbligo, per chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa ad una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, di proporre ricorso *ex art. 696-bis c.p.c.*

(12) Purtroppo, con i dati a disposizione, non è stato possibile effettuare una mappatura dell'età e del genere dei pazienti che hanno agito in giudizio.

(13) Ad esempio, i dati relativi ad ADR Piemonte, Organismo di Mediazione dell'Unioncamere Piemonte e le Camere di Commercio di Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara, Verbania, Vercelli (fatta eccezione di Torino, dove opera autonomamente la Camera di commercio di Torino), hanno evidenziato che su 193 domande di mediazione in tema di responsabilità civile sanitaria, depositate da marzo 2011 a maggio 2015, sono stati raggiunti soltanto 10 accordi, a fronte di 35 accordi non raggiunti e di 141 verbali di mancata comparizione.

Infine, occorre trattare, a parte, il tema della medicina difensiva: la medicina difensiva è un fenomeno ormai largamente diffuso nei paesi occidentali: storicamente però è nata e si è radicata negli Stati Uniti sul finire degli anni ottanta<sup>14</sup>.

La medicina difensiva si verifica quando i medici prescrivono test, trattamenti o visite, od evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di incorrere in responsabilità sanitaria. Quando i medici eseguono extra-test o trattamenti sanitari al solo scopo di prevenire accuse di *malpractice*, essi praticano la medicina difensiva attiva o positiva. Quando evitano determinati pazienti o interventi, essi praticano la medicina difensiva omissiva o negativa<sup>15</sup>. Secondo i primi studi italiani<sup>16</sup>, la medicina difensiva consiste in una serie di decisioni attive od omissive che non obbediscono al criterio essenziale del bene del malato nel rispetto di un equilibrato rapporto costi/benefici.

Ora, fermo restando che la medicina difensiva non può essere considerata come causa di aumento del contenzioso, in quanto gli atteggiamenti cau-

(14) Ci si riferisce ad un'indagine-studio commissionata dal Parlamento statunitense all'OTA (*Office of Technology Assessment*), pubblicata nel 1994.

(15) Come è stato recentemente precisato da A. VALLINI, *Paternalismo medico, rigorismi penali, medicina difensiva: una sintesi problematica e un azzardo de jure condendo* in *Med. Leg.* 1, 2014, la medicina difensiva di carattere positivo consiste in un eccesso di cautele per timore di vedersi rimproverata qualche omissione, mentre la medicina difensiva negativa consiste in un atteggiamento che porta il medico a rinunciare a priori a trattamenti più rischiosi o di avanguardia, o a declinare tout court la gestione di casi critici.

(16) A. FIORI, *La medicina legale difensiva* in *Riv. It. Med. Leg.*, 1996, p. 899: "Possono essere considerati esempi tipici di medicina difensiva commissiva la prescrizione in rilevante eccesso di indagini pur nella convinzione della loro prevalente inutilità, l'esecuzione di parti cesarei ad ogni minima difficoltà del travaglio di parto, il ricorso ad artroprotesi d'anca per ogni frattura del collo del femore pur trattabile in modo conservativo. La medicina difensiva omissiva viene esemplificata primariamente nelle frequenti decisioni, negli USA, di abbandonare addirittura determinate specialità, come l'ostetricia, a causa anche dei crescenti costi dei premi assicurativi. Ma più comunemente può consistere nell'evitare procedure a rischio, sperando in chiarimento spontaneo del caso; ovvero nell'ospedalizzazione di pazienti che non ne hanno bisogno, per non essere personalmente coinvolti dal rischio di evoluzione sfavorevole".

relativi dei medici dovrebbero porre comunque un limite alla crescita del contenzioso, è vero che la medicina difensiva incide notevolmente sui costi del sistema sanitario pubblico.

Anche per queste ragioni, la Camera ha approvato la nuova legge 8 marzo 2017, n. 124<sup>17</sup>.

Il provvedimento è giunto a compimento al seguito di 16 proposte di legge, 44 audizioni, 380 emendamenti e 9 decreti attuativi.

Il nuovo intervento del legislatore sulla sicurezza delle cure ha riconsiderato le questioni sanitarie ed ha previsto l'istituzione dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, un osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, il tema delle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida ed ha ridisegnato una nuova disciplina in tema di responsabilità della struttura e dell'esercitante la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria, anche attraverso un tentativo obbligatorio di conciliazione.

In punto responsabilità civile sanitaria, il testo in questione ha introdotto significative novità e, pur ponendosi in continuità con quanto affermato nella legge Balduzzi, esso affronta le questioni di responsabilità medica più in profondità, con particolare riferimento agli artt. 5 e 7.

Le questioni affrontate da queste disposizioni sono le linee guida, la responsabilità civile sanitaria del medico e della struttura sanitaria e il tentativo obbligatorio di conciliazione.

In Italia, il tema delle linee guida è ancora confuso, nel senso che, ad oggi, rimane, sovente, oscuro ai medici la comprensione di quali linee guida si debbano effettivamente applicare nelle fattispecie poiché, sostanzialmente, piccole realtà territoriali, ospedali di grandi dimensioni, agenzie nazionali e comunità scientifica hanno facoltà di elaborazione di linee guida.

Anche per questa ragione, l'articolo 5 della nuova legge è intervenuto sulla questione delle linee guida e, sostanzialmente, ha affermato che è cura del Ministero della Salute istituire un apposito elenco di società scientifiche accreditate all'emanazio-

ne delle linee guida. Purtroppo, nella nuova legge, è scomparso il riferimento alle società scientifiche internazionali, che era presente nel decreto legge Balduzzi.

Ora, il tema delle linee guida è sicuramente rilevante dal punto di vista medico, ma, a livello di dottrina e di giurisprudenza, si segnala che l'opinione prevalente ritiene che la responsabilità del medico si individua, in primo luogo, nell'atteggiamento doloso o colposo e, in ogni caso, sulla base della sussistenza di un nesso causale tra condotta ed evento. In altre parole, la condanna di un medico per il danno cagionato al paziente non si fonda esclusivamente sul mancato rispetto della linea guida, ma sui criteri oggettivi e soggettivi del danno elaborati dal codice civile e dal codice penale, per quanto riguarda il nesso causale.

A muovere dagli anni '90, l'elaborazione dottrinale in materia di linee guida e buone pratiche è sensibilmente intervenuta anche nella responsabilità civile sanitaria,

Solo in via generale<sup>18</sup>, si segnala che secondo alcuni studi americani dei primi anni '90 del secolo scorso, le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche<sup>19</sup>.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità elabora, ogni giorno, proprie linee guida con prescrizioni diagnostiche rivolte ai medici.

In Italia, il Sistema nazionale linee guida (SNLG), che opera all'interno dell'Istituto Superiore di sanità, elabora raccomandazioni di comportamento clinico basate sugli studi scientifici più aggiornati.

Più in particolare, per ogni patologia le linee guida SNLG<sup>20</sup> descrivono le alternative disponibili e le

(18) Sul punto, si rimanda a F. FOGLIA, *La colpa del medico alla luce delle linee guida - Balduzzi*, Milano, Giuffrè, 2013 e anche F. DE FERRARI, *Linee guida e buone pratiche accreditate, evidence based*, atti del convegno a Ferrara, 20.06.2013.

(19) M.J. FIELD, K.N. LOHR, *Guidelines for clinical practice: from development to use*, 1992. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington.

(20) Esempi di linee guida elaborati dal SNLG: Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson agosto 2013, trattamento della psio-

(17) In realtà, anche la legge Balduzzi era stata approvata per contenere la spesa pubblica.

relative possibilità di successo in modo che il medico possa orientarsi nella gran quantità di informazione scientifica in circolazione, il paziente abbia modo di esprimere consapevolmente le proprie preferenze, e l'amministratore possa compiere scelte razionali in rapporto agli obiettivi e alle priorità locali.

Le buone pratiche, invece, non sono raccomandazioni o fonti di *soft-law*, ma si tratta di "protocolli di comportamento diagnostico – terapeutico, che descrivono le procedure alle quali l'operatore sanitario deve attenersi nella situazione specifica"<sup>21</sup>: si tratta di regole di condotta elaborate dalle Università, dal Ministero della Salute e dalle agenzie scientifiche che operano nel campo sanitario, di concerto con il Ministero della Salute, per una corretta gestione dei rapporti con il paziente.

In Italia, il concetto di buone pratiche è stato ampiamente sviluppato da Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari): si tratta di un'agenzia in cui collaborano esperti e medici, in costante contatto con il Ministero della Salute.

Infine, l'articolo 7 – Responsabilità civile della struttura sanitaria e dell'esercente la professione sanitaria –: si pone certamente in continuità con quanto è contenuto nell'art. 3, l. 189/2012, ma considera anche altri elementi della responsabilità civile in punto responsabilità civile sanitaria della struttura sanitaria.

Più in particolare, al primo comma dell'articolo 7 il legislatore ha affermato che la struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata, risponde a titolo di responsabilità contrattuale per le condotte dolose o colpose del personale sanitario ivi operante: con questa precisazione, il legislatore ha recepito quanto aveva in precedenza affermato la giurispru-

denza in punto contratto di ospitalità<sup>22</sup>. Questo contratto atipico, che figura da circa un decennio nella giurisprudenza di merito e di legittimità, si conclude, naturalmente, tra la struttura sanitaria ed il paziente ed obbliga la prima a mettere a disposizione del paziente il personale qualificato ed idoneo allo svolgimento dell'obbligo di cura.

Pertanto, con questa nuova disposizione il legislatore ha voluto ancorare la responsabilità civile della struttura sanitaria all'inadempimento del contratto di ospitalità.

Ciononostante, la norma sembra affermare un principio nuovo, così brevemente riassumibile: il paziente non può agire in giudizio contro la struttura sanitaria o sociosanitaria<sup>23</sup> senza dare preventiva prova della condotta dolosa o colposa del medico che ha cagionato il danno al paziente medesimo.

Inoltre, il terzo comma dell'art. 7 precisa che, ferma restando la responsabilità di tipo contrattuale della struttura sanitaria in virtù del contratto di ospitalità, l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 c.c., per i casi in cui egli non abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

In primo luogo, occorre chiarire che cosa si intenda per esercente la professione sanitaria, in quanto l'art. 7 è rivolto all'esercente "la" professione sanitaria: la norma sembra pertanto applicabile, esclusivamente, a coloro che esercitano la professione sanitaria, quindi ai medici, ed in particolare ai medici che svolgono attività professionale nel sistema sanitario pubblico, ai medici che svolgono libera professione intramuraria, ai medici che svolgono attività di sperimentazione e ricerca clinica ed ai medici che operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario nazionale, anche attraverso la telemedicina.

In questa ricostruzione, è possibile ravvisare una differenza rispetto alla rubrica dell'articolo 3, l. 189/2012 che si rivolge, invece, agli esercenti le

riasi nell'adulto, 2012, Taglio cesareo, 2012, Identificazione, prevenzione e gestione della malattia cronica renale nell'adulto, 2012, Gravidanza fisiologica, 2012, trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, 2011, Gravidanza fisiologica, 2011, impiego delle tecniche di imaging nelle demenze, 2010, Scelta del trapianto nella chirurgia primaria del legamento crociato anteriore, 2009, antibiotico profilassi perioeratoria nell'adulto 2008, gestione sindrome influenzale, 2008.

(21) A. QUERCI, *Le evoluzioni della responsabilità sanitaria, fra riforma Balduzzi, disegni di legge e novità giurisprudenziali*, in NGGG, 2014, parte II, 24.

(22) Cass., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 577

(23) L'articolo 7 si applica anche alle strutture qualificate dal legislatore come sociosanitarie: si tratta, ad esempio, delle R.S.A. – Residenze Sanitarie Assistenziali –.

professioni sanitarie e quindi anche agli infermieri, al personale ausiliario ed al personale paramedico<sup>24</sup>.

La novità più significativa di questa disposizione, però, consiste nelle conseguenze che essa produrrà nei procedimenti contenziosi: il termine di prescrizione che il paziente dovrà rispettare per la legittimità della sua azione di risarcimento del danno sarà ridotto a cinque anni; inoltre l'onere proba-

torio, ossia l'onere di provare il dolo o la colpa ed il nesso di causa, graverà sul paziente.

Ora, in considerazione del fatto che la Corte di Cassazione, per giurisprudenza costante si è orientata sul versante della responsabilità contrattuale del medico, si attende un nuovo cambio di orientamento che, peraltro, era stato sostenuto da un *trend* minoritario<sup>25</sup>, negli anni precedenti alla radicazione, anche in Italia, della teoria sul contatto sociale.

---

(24) La nozione di esercente le professioni sanitarie è molto ampia ed è stata ricostruita in numerosi decreti ministeriali emanati tra gli anni ottanta e gli anni novanta del secolo scorso.

Il Ministero della Salute, nel regolamentare le professioni sanitarie, ha distinto tra professioni sanitarie, operatori sanitari ed arti ausiliarie delle professioni sanitarie. Nella categoria delle professioni sanitarie rientrano le professioni sanitarie mediche, le professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche, le professioni sanitarie riabilitative, le professioni tecnico sanitarie, le professioni tecniche della prevenzione e gli operatori di interesse sanitario.

---

(25) Cass., sez. III, n. 1716, 1979; Cass., sez. III, n. 2428, 1990; Cass., sez. III, n. 2750, 1998.